

Avant l'examen de COROSCANNER, merci de répondre attentivement au questionnaire de consentement ci-après :

Nom : Prénom :

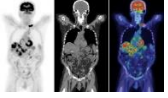
Né(e) le : / / Poids : Kg Taille : IMC :

Avez-vous **des allergies (asthme, iode)** ?..... OUI NON

Avez-vous déjà eu une injection de produit de contraste iodée ?..... OUI NON

Avez-vous eu une réaction particulière lors de cette injection ?..... OUI NON

Avez-vous passé **une scintigraphie ou un Petscan** dans les 3 jours avant l'examen ? OUI NON



Etes-vous tabagique ou avez-vous déjà fumé ? OUI NON

Si oui nombre de cigarettes consommées :/jour, / paquet



Souffrez-vous d'asthme ou de bronchite chronique ? OUI NON

Avez-vous **une pile cardiaque (pacemaker), défibrillateur automatique implanté (DAI)** ? OUI NON

Avez-vous des antécédents familiaux de maladie cardiaque ou de maladie des artères ? OUI NON



Souffrez-vous d'hypertension artérielle ? OUI NON

Avez-vous du cholestérol ? OUI NON

Etes-vous **diabétique** ?..... OUI NON

Si oui, prenez-vous des **Biguanides** (Glucophage, Stagid, Metformine, ou générique ?) OUI NON

Avez-vous un traitement en cours ? (Bêta-bloquants, thyroïde, anti-inflammatoire, glaucome...) OUI NON

Madame, Etes-vous enceinte ou susceptible de l'être ? OUI NON

Allaitez-vous ?..... OUI NON



Renseignements complémentaires qui vous paraîtraient importants à communiquer et **maladie sérieuse ou infectieuse**

(Hépatite, cancer,...) ou intervention chirurgicale antérieure :

.....

.....

Je déclare avoir pris connaissance des différentes modalités et risques liés à l'examen et donne mon accord pour que celui-ci soit réalisé. Je donne mon accord pour que mes données personnelles soient archivées et transmises au corps médical (médecins spécialistes, RCP, médecin traitant...).

Fait à Grasse, le/...../..... Signature :